

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE

DES PAYS CHAUDS
PARTICULIÈREMENT OBSERVÉ AU SÉNÉGAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

H. AMOURETTI

MÉDECIN DE LA MARINE



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

Novembre 1885

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE

DES PAYS CHAUDS
PARTICULIÈREMENT OBSERVÉ AU SÉNÉGAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

H. AMOURETTI

MÉDECIN DE LA MARINE



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Novembre 1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	}	DOYEN.
BONDET.		
CROLAS.		ASSESEURS.
MONOYER		

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		TRIPPIER (LÉON).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BOUCHACOURT.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie minérale.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		GLENARD.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie.		CAUVET.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		PAULET.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		PONCET.
Hygiène		CHAUVEAU.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique médicale.	MM. RAMBAUD.
Cours complémentaire d'Accouchements	DELORE.

CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LARROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ M. CHARPY
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINCENT	
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, président; M. GAYET, assesseur; MM. POLLOSSON et VINAY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

M. LE D^r AMOURETTI

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

M. LE D^r H. AMOURETTI

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

AUX ANCIENS ET NOMBREUX CAMARADES DE MON PÈRE

HOMMAGE RECONNAISSANT

DE LA SYMPATHIE QU'ILS M'ONT TOUJOURS TÉMOIGNÉE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PONCET

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- VINSON. — Ulcère de Mozambique (*Union Médicale*, 1857).
VINSON. — *Thèse inaugurale* (Paris 1858).
MAZAË-AZÉMA. — (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1861.)
CULLERIER. — (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1861.)
DIDIOT. — Relation médico-chirurgicale de la campagne de Cochinchine en 1861-62 — (*Recueil des mémoires de médecine militaire*).
Mémoire présenté par M. CHAMPENOIS, médecin-major, par l'intermédiaire de M. Larrey, à la Société de chirurgie (mars 1862).
J. ROCHARD. — De l'ulcère de Cochinchine (*Archives générales de médecine* 1862).
CH. CRAS. — De l'ulcère de Cochinchine (*Gazette des hôpitaux*, 1862).
LAURE. — De l'ulcère de Cochinchine (*Gazette des hôpitaux*, 1864).
DUTROULAU. — *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* (1868.)
JOURDEUIL. — Considérations générales sur l'ulcère de Cochinchine (*Recueil des mémoires de médecine militaire*, 1869).
J. ROCHARD. — Etude synthétique sur les maladies endémiques (*Archiv. de médecine navale*, 1871).
TREILLE. — De l'ulcère phagédénique des pays chauds (*Archiv. de médecine navale*, 1874).
LE DANTEC. — Origine microbienne de l'ulcère phagédénique des pays chauds (*Archiv. de médecine navale*, 1885).
Thèses et mémoires (*Archiv. de médecine navale*), par les médecins de la marine :
MM. RICHAUD. — Topographie médicale de la Cochinchine française.
CHAPUIS.
BASSIGNOT. — De l'ulcère de Cochinchine.
MOISSON. — Essai sur l'ulcère de Cochinchine.
THALY. — De l'ulcère phagédénique des pays chauds.
LACROIX. — De la cautérisation actuelle dans le traitement de l'ulcère phagédénique des pays chauds.
MONESTIER. — Etude sur l'ulcère dit de Mozambique.
GRENET. — Contribution à la pathologie de Madagascar.
ABBLART. — Contribution à l'étude des ulcères des pays chauds.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553416_0012

INTRODUCTION

L'ulcère phagédénique des pays chauds a été le sujet de plusieurs mémoires ou thèses de nos collègues de la marine qui l'ont observé en Cochinchine, à Madagascar, sur les côtes du Gabon, dans l'Amérique intertropicale.

Les ulcères que nous allons essayer de décrire ont été observés au Sénégal sur des ouvriers marocains qui, venus dans le Haut-Fleuve pour y travailler à la création d'une voie ferrée, s'en retournent chaque année au moment où l'hivernage va empêcher par ses inondations la continuation des travaux. Ceux qui peuvent être renvoyés dans leur pays sont immédiatement rapatriés par des transports ; moins heureux sont ceux qui, atteints d'ulcères, sont obligés de faire un séjour toujours long, soit à l'hôpital de Saint-Louis, soit dans les ambulances que l'on installe dans les environs du chef-lieu pour les recevoir.

Le premier convoi de malades que nous vîmes descendre au mois d'août 1883, lors de notre première

année dans la colonie, fut débarqué de ses chalands à Bop'Diara et la direction de l'ambulance fut donnée à notre collègue et ami, le D^r Abblart, médecin de 1^{re} classe de la marine. Appelé, quelques jours après, à assurer le service médical du poste de Gandiolle, situé à 4 kilomètres de l'ambulance, nous eûmes plusieurs fois l'occasion de visiter les Marocains malades. Dès ce moment, nous nous promîmes d'écrire notre thèse de doctorat sur ce sujet, espérant bien, l'année suivante, revoir et observer de nouveau des cas semblables.

En effet, au mois de juillet 1884, nous fûmes chargé par notre excellent chef, M. le D^r Richaud, d'installer à Bop' N' Quior, petite île située au nord de Saint-Louis, une ambulance pour y recevoir les Marocains qui descendaient du Haut-Fleuve.

Plus tard, d'autres convois arrivèrent successivement et à un moment donné nous eûmes dans ce service plus de cent individus, tous atteints d'ulcères, siégeant le plus souvent aux membres inférieurs.

Pendant une période de près de huit mois, il nous fut donc permis de nous occuper presque exclusivement de ce sujet. Il nous parut intéressant de réunir quelques observations, et, comme nous avons souvent mis en usage un mode de traitement particulier peu usité avant nous, nous crûmes bien faire d'exposer les résultats obtenus, après avoir décrit, d'une façon bien imparfaite, à coup sûr, les symptômes observés.

Depuis, nous avons relu les différents travaux écrits par des médecins plus compétents que nous sur

l'ulcère phagédénique observé en d'autres points de la zone intertropicale, et nous nous sommes rangé à l'opinion suivante, que toutes ces lésions constituant une manière d'être du phagédénisme, quelque soit le pays chaud où on les ait observées, appartiennent à un même principe, bien distinct, peut-être mal défini, mais que nous espérons voir éclairci un jour par les progrès de l'anatomie pathologique.

C'est avec regret que nous avouons n'avoir pas pu nous livrer nous-même à des recherches d'anatomie pathologique, mais nous ne disposions d'aucun des instruments ou objets nécessaires à ces études. Nos regrets se sont encore accrus, lorsque, quelques mois après notre retour en France, nous eûmes connaissance du récent travail de notre collègue de la marine, M. le docteur Le Dantec, travail tendant à prouver la présence de bacilles dans l'ulcère phagédénique étudié au Maroni.

Il nous eût été également agréable de pouvoir mettre sous vos yeux, Messieurs, des planches sur lesquelles auraient été représentés les plus beaux spécimens de ces plaies ; mais le même motif nous a seul empêché de le faire.

Qu'il nous soit permis de remercier notre collègue et ami le docteur Abblart, qui a bien voulu mettre à notre disposition ses propres observations de l'année 1883.

Nous ne saurions être trop reconnaissant à l'égard de M. le professeur Poncet, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE
DES PAYS CHAUDS
PARTICULIÈREMENT OBSERVÉ AU SÉNÉGAL

CHAPITRE PREMIER

SIÈGE. — NOMBRE. — DIMENSIONS

Dans presque la totalité des cas, les ulcères que nous avons observés avaient leur siège aux membres pelviens et de préférence sur les deux segments inférieurs.

Sur un total de plus de quatre cents ulcères, nous n'en avons trouvé qu'un siégeant sur la face postérieure de la cuisse, et deux sur les membres thoraciques. La partie de la jambe située au-dessus du mollet était rarement atteinte au moins primitivement, car nous verrons plus loin que par extension un ulcère débutant au tiers moyen ou plus bas remontait assez fréquemment tout près de l'articulation du genou. Pareille remarque est à faire pour la plante des pieds qui n'était envahie que par la marche progressive du mal.

Il nous reste, comme lieux d'élection, la partie de

la jambe située au-dessous du mollet, les malléoles, la face dorsale du pied et les orteils.

Assez souvent solitaires, plus souvent au nombre de deux, trois ou quatre, il est probable que dans certains cas, si l'ulcère observé était unique, c'est qu'il était la réunion de plusieurs ulcères qui, développés sur des points peu éloignés les uns des autres, s'étaient insensiblement rapprochés par destruction du tissu intermédiaire. Ce qui nous permet d'être presque affirmatif sur ce point, c'est que, trop souvent, hélas ! malgré la constance et l'énergie des soins apportés, nous avons vu cette réunion s'opérer sous nos yeux.

Les dimensions étaient variables. Atteignant rarement moins de cinq centimètres de diamètre, ces ulcères prenaient quelquefois des proportions considérables ; nous pourrions en juger par les quelques observations qui sont placées à la fin de notre travail.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

D'après les renseignements obtenus, nous admettons qu'il est, pour la production de l'ulcère dont nous parlons, deux facteurs indispensables : 1° une plaie, de quelque origine quelle soit et parfois insignifiante au début ; 2° un état général ou diathésique.

En d'autres termes, on reconnaît :

Des causes prédisposantes générales ; influences diverses du climat et du sol ; constitution manifestement palustre des contrées dites du Haut-Sénégal ; températures variables, très élevées au milieu de la journée, puis baissant rapidement pendant la nuit ; modifications que subit l'hématose pulmonaire dans une atmosphère surchauffée et imprégnée de vapeurs d'eau ; fonctionnement plus actif du tégument externe ; anémie.

Des causes prédisposantes particulières. Elles ont une importance extrême chez les Marocains qui ont

fait le sujet de notre étude : et d'abord la misère physiologique, pour ainsi dire innée de la plupart de ces ouvriers choisis dans les dernières classes, s'alimentant d'une façon très imparfaite ; la malpropreté insigne dans laquelle ils sont habitués à vivre ; les maladies cutanées et parasitaires, si fréquentes chez eux ; la syphilis, dont bien peu restent exempts, et qui, la plupart du temps, mal soignée dans leur pays, tend, par la suite, à imprimer son cachet aux différents états pathologiques. Voici donc déjà de mauvaises conditions pour des ouvriers devant se livrer à des travaux pénibles, sous un ciel inclément. Bien que le régime auquel ils sont soumis dans le Haut-Fleuve soit plus réparateur que celui qu'il leur était permis de se procurer autrefois, il ne l'est peut-être pas suffisamment quand on le met en regard des nombreuses désassimilations que doit subir leur organisme. Si la viande fraîche ne leur manque pas, les animaux qui sont tués pour leur consommation journalière sont toujours plus ou moins anémiés, n'ont pas cette chair nourrissante qui devrait faire sa première qualité.

De plus, les végétaux manquent presque totalement, vu la sécheresse extrême de la saison pendant laquelle se poursuivent le plus activement les travaux du chemin de fer : d'où les cas de scorbut, et ce caractère tout particulier de quelques ulcères auxquels on a donné le nom de scorbutiques.

Enfin, une dernière condition défectueuse de l'alimentation des Marocains, c'est la privation de vin et de tout ce qui contient de l'alcool, privation qui leur

est ordonnée par la religion musulmane, et à laquelle, pour la plupart, ils s'astreignent très rigoureusement. Il nous a été bien souvent impossible d'administrer aux malades de notre ambulance des préparations toniques qui certainement, en améliorant l'état général, eussent pu influencer d'une façon très heureuse sur l'état local.

Parmi les causes efficientes, on peut comprendre l'absence ou l'insuffisance des moyens de protection des téguments des extrémités inférieures. Beaucoup de Marocains ne portent pas de chaussures ; d'autres portent, comme la grande partie des peuples africains, des sandales qui ne couvrent qu'imparfaitement les pieds et laissent les orteils complètement libres sur leur face dorsale. On conçoit que lorsque les mauvaises conditions hygiéniques énoncées plus haut se réunissent, il suffit de la moindre plaie, de la plus petite écorchure pour donner lieu plus tard à un ulcère. Or, combien ici ces plaies se produisent-elles facilement, par piqûres d'insectes, de chiques, morsures de sangsues, à la suite d'abcès produits par les filaires, ou tout simplement par un furoncle, une pustule d'ecthyma mal soignée.

Tout ceci nous explique bien pourquoi ces ulcères ont leur lieu d'élection à la partie inférieure des membres pelviens ; pourquoi ils se montrent de préférence chez les simples ouvriers marocains qui se soignent mal, vendent quelquefois leur ration pour avoir de l'argent et s'acheter du tabac. Ceux qui leur servent d'interprètes, de chefs, de contremaîtres

sont vêtus plus parfaitement, se nourrissent mieux et sont plus souvent indemnes.

En résumé, comme l'a dit M. Treille, médecin-professeur de la marine : « Ces ulcères reconnaissent pour causes des influences climatériques générales modifiant les fonctions organiques, amenant peu à peu la dénutrition, des maladies déprimantes livrant les tissus à l'atonie ; enfin des causes occasionnelles, variables à l'infini, agissant sur le derme par une sorte d'effraction et provoquant la formation de plaies réfractaires à la guérison (1) ».

1 Le Dr Treille. (*Arch. méd. nav.*, 1874.)

CHAPITRE III

SYMPTOMES. — MARCHÉ. — COMPLICATIONS. — FORME

L'ulcère phagédénique a été bien défini, par le docteur Vinson. « Ulcère d'étendue variable, mais disposé à s'étendre et à acquérir des dimensions considérables ; à bords relevés et légèrement fongueux, à centre déprimé ou plan, et sécrétant une matière séro-sanieuse, fétide et abondante, qui a pénétré en quelques heures les bandages les mieux faits ».

La forme en est généralement circulaire ou ovale ; dans la plupart des cas, c'est un godet dont les bords relevés constituent comme « une sorte d'ourlet » suivant l'expression du docteur Vinson ; le fond se creuse peu à peu par la destruction progressive des tissus sous-jacents et s'abaisse quelquefois d'une façon assez considérable au-dessous du niveau de la peau.

Le point de départ, nous l'avons déjà dit, est une contusion plus ou moins violente, une piqure

d'insecte, une plaie, une érosion. Négligence du blessé qui, trop souvent insouciant, ne cherche pas à garantir la partie atteinte et ne se présente que trop tard à la visite.

Au point lésé, on constate une élevure, une papule rouge, accompagnée de prurit. Le grattage de la papule entraîne son excoriation ; on observe alors un léger suintement séreux ; puis se produit la lymphangite de voisinage, qui débute à l'extérieur par l'auréole tégumentaire. La plaie ne tarde pas à s'élargir, les bords deviennent fongueux, le fond s'abaisse et se creuse, un écoulement ichoreux succède au suintement du début.

Dans cette première période, il est rare de remarquer de la fièvre, sauf chez les adultes qui, parce qu'ils commettent peut-être plus d'imprudence, sont plus sujets à aggraver leur état. Alors se déclarent des douleurs très vives, s'exaspérant par le moindre mouvement, ou lorsqu'on veut les panser. Ces symptômes fébriles ne durent en général pas et se calment bien vite par le repos, au moins lorsqu'il s'agit de la forme légère, quand aucune complication fâcheuse ne tend à se montrer.

Cette période inflammatoire, qui caractérise l'ulcère, est plus ou moins violente ; l'anémie, qui est le triste apanage de la plupart de nos ouvriers marocains, est la cause puissante qui amène rapidement l'état fongueux des bords.

M. Cras, médecin en chef de la marine, le faisait justement remarquer dans un de ses mémoires.

Si rien d'anormal ne vient entraver les soins du

chirurgical, ce caractère fongueux peut céder aux excitations journalières avec des caustiques légers ; le fond se déterge, l'ichor diminue puis disparaît. Les bourgeons charnus apparaissent et conduisent à la cicatrisation de l'ulcère.

D'autres fois, malgré le traitement énergique et les soins constants, l'ulcère prend des dimensions plus vastes, se creuse davantage ; l'écoulement est plus fétide et plus abondant ; des lésions graves se déterminent tout autour ; les tissus voisins sont la proie de ce travail ulcératif, dont rien ne peut arrêter la marche terrible.

L'état général reçoit un choc violent. La fièvre se déclare ; l'inappétence, l'insomnie, l'émaciation lente du malade surviennent rapidement.

Une complication fréquente de l'état local est la pourriture d'hôpital, magistralement décrite dans le mémoire de M. Cras : « tantôt superficielle et cédant rapidement à l'application des caustiques les moins violents ; tantôt au contraire se montrant avec des caractères de malignité qu'il importe d'enrayer au plus vite par des cautérisations énergiques. Disséquant les muscles, en détruisant le tissu cellulaire, produisant la nécrose des os superficiels, s'attaquant aux gaines artérielles et nerveuses, et provoquant des hémorrhagies redoutables, c'est celle qui après avoir désorganisé profondément les tissus qu'elle envahit, donne lieu à ces pertes de substances, à ces paralysies locales qu'on observe quelquefois après la guérison. » (1)

(1) Le Dr Cras (*Gaz. des Hôp.*, 1852.)

Il nous a été donné bien souvent de voir cette complication venir mettre obstacle à la guérison de nos plaies, qui, pourtant, paraissaient être en très bonne voie. Sa forme pulpeuse était assez fréquente. Débutant assez brusquement et s'étendant avec une rapidité remarquable, cette membrane friable et peu consistante venait masquer la couche de bourgeons charnus par lesquels devait s'opérer la cicatrisation. Le seul moyen qui nous ait réussi, comme il avait réussi l'année précédente à M. le Dr Abblart, a été dans ce cas l'excision et le raclage de cette membrane, formant comme « un pseudo-bourgeonnement, qui, dans beaucoup de circonstances, transforme les ulcères en de vastes surfaces champignonnées faisant relief considérable au-dessus de la peau et rendant la cicatrisation impossible ».(1) Ce n'est qu'après avoir fait disparaître cette couche résultant de la pourriture d'hôpital, qu'il faut user des cautérisations pour exciter les bourgeons charnus sous-jacents et amener ainsi une cicatrisation plus rapide.

Ce n'est pas tout. Il n'est pas rare, quand on a remédié à ce premier obstacle, de se heurter à une autre complication non moins sérieuse. Tandis que le fond de la plaie s'est heureusement modifié sous l'influence d'un traitement approprié, les bords n'ont pas suivi cette voie régressive ; ici, point de ces bourgeons vermeils qui sont l'indice de la guérison ; une teinte violacée tranche sur le rose vif du reste de

(1) *Archives de méd. navale* (nov. 1884). M. le Dr Abblart, médecin de 1^{re} cl. de la marine.

l'ulcère ; les bords se flétrissent, se décollent dans une étendue de plusieurs centimètres. C'est ainsi qu'un ulcère de dimension moyenne et que l'on espère pouvoir guérir, s'accroît tous les jours par l'extension de ce travail inflammatoire. Si l'on veut se donner encore quelques chances et arrêter les progrès du mal, on est obligé de supprimer au moment des pansements, cette partie mortifiée du derme qui forme un décollement tout autour de la plaie.

Un autre accident sur lequel il faut nous arrêter un instant est l'apparition des accès de fièvre intermittente chez nos blessés. Presque tous paludéens après leur séjour dans le Haut-Sénégal et traitant avec assez de négligence cette affection dont se méfient tant les Européens, les Marocains cachent parfois au médecin les accès qu'ils ont eu ; il suffit d'un ou de deux de ces accès pour amener immédiatement des modifications fatales de l'ulcère. Telle plaie qu'on a laissée la veille rosée et en bonne voie de bourgeonnement, paraît le lendemain recouverte d'un pointillé gris dont l'intervention ne peut guère arrêter le développement progressif ; de la quinine est administrée, il est vrai, mais inutile de faire remarquer que, chez ces individus fortement atteints par l'impaludisme, quelques doses du sel fébrifuge ne peuvent empêcher d'autres accès de fièvre de se produire encore pendant deux, trois jours. C'est avec de désespérants efforts que, dans ce cas, on se sert des caustiques les plus actifs après avoir fait le raclage comme nous l'avons indiqué. Rien n'y fait : tous les jours et progressivement, le pointillé se répand à la

surface ; des néo-membranes se forment, couvrent la plaie d'eschares noirâtres qui exhalent une odeur nauséabonde.

Nous avons vu des plaies très petites se modifier ainsi avec une étonnante rapidité, et réclamer une amputation, comme seule ressource thérapeutique, dans le court espace de huit jours.

Parvient-on à faire cesser l'influence de la malaria ? La désorganisation s'arrête, la plaie reprend son bon aspect, les bourgeons charnus se montrent de nouveau et le travail de cicatrisation recommence, mais, remarquons-le, avec une extrême lenteur. Si, au bout de quelques jours, de nouveaux accès n'apparaissent pas avec les désordres consécutifs, et si, après quelques alternatives de ce genre, l'état général ne s'est pas tellement aggravé qu'il soit impossible de relever les forces du malade, on doit se féliciter du résultat.

Une circonstance fâcheuse dans le développement de l'ulcère sur certains points, est le voisinage d'un os. La face interne du tibia qui est superficielle, les saillies malléolaires sont les plus exposées à être atteintes par le travail ulcératif : périostites simples ou phlegmoneuses, au début, ostéite lorsque l'ichor fétide se sera mis en contact direct avec la surface osseuse, plus tard enfin, si le mal ne peut être combattu, nécrose, formation de séquestres. Il est presque inutile de faire remarquer combien ces nouvelles lésions, parfois si profondes, entravent la guérison, et pourront causer de graves dangers pour le malade. Si l'on ne se résout pas à l'amputation du membre,

ou l'infection putride emportera le malade à la suite de l'ostéo-myélite ; ou bien l'abondance de l'écoulement sanieux deviendra telle qu'il en résultera l'émaciation lente du malade qui, épuisé par la diarrhée et la fièvre hectique, finira par succomber.

Nous ne saurions mieux dépeindre l'ulcère passé à l'état chronique qu'en empruntant le passage suivant au mémoire de M. Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine (1) : « L'ulcère persiste alors indéfiniment, en présentant cette série de cicatrisations partielles et de promptes récidives ; les téguments sont légèrement colorés en rouge vineux, ridés à la surface (ces plis rayonnent vers le centre). Les parties les plus voisines des bords, qui sont constitués par un tissu cicatriciel tour à tour détruit et reformé, sont lisses, indurées comme celles qui entourent les ulcères calleux. Les bords sont taillés à pic, le fond est déprimé au-dessous des bords. La plaie forme une surface inégale, bosselée, sillonnée par des dépressions profondes, parcourue par des stries d'un rouge vif, parallèles, dirigées suivant l'axe du membre, alternant avec des lignes jaunâtres d'un aspect pultacé ; elle prend une coloration de jambon. »

M. Rochard fait remarquer l'état d'anesthésie qui ne se montre qu'à une période avancée ; mais il ajoute qu'elle ne s'explique pas complètement par la destruction des filets nerveux qui animent la région ; car il est des cas où les nerfs des régions, dont on a constaté l'insensibilité, n'ont pas été atteints.

(1) M. Rochard, mémoire (loc. cit.).

La plupart des médecins de la marine qui ont observé l'ulcère phagédénique des pays chauds émettent la même opinion. MM. Moisson (1), Thaly (2) et Chapuis (3) en font mention.

En terminant l'étude des symptômes, de la marche et des complications, disons un mot sur les cicatrices que l'on remarque autour d'un ulcère en bonne voie. Quatre zones de tissu cicatriciel, qu'il nous a été permis de constater, sont indiquées par le D^r Abblart (4) : la première, la plus externe par rapport à la plaie est d'un blanc mat chez les gens de couleur et présente un épithélium déjà assez épais. La deuxième zone revêt une couleur légèrement bleuâtre, due à la minceur de la couche épithéliale. La troisième, plus concentrique, est d'un bleu très fin, très délicat, très tendre ; elle est de formation plus récente. La quatrième est d'un rouge très vif ; elle est absolument sèche, contrairement à ce qui existe sur la plaie.

(1) M. Moisson (loc. cit.).

(2) M. Tholy (id.).

(3) M. Chapuis (id.).

(4) Le D^r Abblart (arch. de méd. nav. loc. cit.).

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En étudiant la symptomatologie, nous avons fait pressentir des lésions nerveuses, qui seraient pour nous l'explication de l'insensibilité et de l'anesthésie constatées dans les régions voisines ; certains faits, il est vrai, sembleraient contredire l'existence de lésions réelles des nerfs. Il est à regretter que les études anatomo-pathologiques n'aient pas encore pu nous éclairer complètement sur ce point.

L'ichor ulcéreux, que le professeur Treille a examiné au microscope, renfermerait des leucocytes relativement peu nombreux, des cellules et des fibres de tissu conjonctif, des globules de graisse, des cellules épidermiques et surtout des cadavres de globules sanguins. D'après ce professeur, il n'y existerait aucun parasite spécial.

Tout récemment, M. le D^r Le Dantec, médecin de la marine, examinant au microscope de petits mor-

ceaux de putrilage ayant appartenu à un ulcère, observé au Maroni, y a découvert au contraire la présence d'un bacille qui serait peut-être caractéristique. La recherche de ce bacille a été faite d'après les mêmes procédés qui servent en général à la recherche des microbes. Comme on l'a fait pour les autres microbes, M. Le Dantec aurait trouvé un procédé de coloration spécial ; le bacille de l'ulcère phagédénique est coloré instantanément par le violet de méthylène et par la fuchsine. Des microcoques ronds ou ovales ont été trouvés dans le même examen.

CHAPITRE V

NATURE

Etant convaincu, comme nous l'avons dit en commençant, que l'ulcère phagédénique du Haut-Sénégal est semblable aux ulcères observés dans les autres pays chauds, nous nous sommes appliqué à connaître les différentes opinions qui ont été émises par les médecins de la marine sur la nature de cette affection.

M. Laure, dans un rapport de fin de campagne, s'exprime ainsi : « Pour nous, tous ces ulcères fongueux, gangréneux, phagédéniques enfin, décorés de noms de localités qui tendraient à faire admettre autant d'espèces nosologiques spéciales, ne sont que les manifestations locales d'une dyscrasie générale. C'est une affection générale, souvent spontanée, qui dépend d'une altération profonde de la nutrition et qui se localise dans des tissus qui n'ont plus assez de vitalité pour que leur vie physiologique puisse se

maintenir. Il semble que la force plastique se soit complètement retirée de certains tissus .» (1)

M. Chapuis : « Pour nous, l'ulcère phagédénique doit désormais être regardé comme une des maladies endémiques des pays chauds. De ce qu'une ou plusieurs localités de la zone tropicale réunissent à un plus haut degré les influences propres à donner à l'ulcération un caractère de gravité insolite, ce n'est pas une raison suffisante pour décorer l'ulcère qu'on y observe du nom de cette localité et en faire une espèce nosologique particulière. La nature de toutes ces plaies est au fond identique. En mettant en regard les notions recueillies par ceux mêmes de nos confrères qui ont admis des ulcères spéciaux à certaines contrées, nous trouvons que ce sont toujours les mêmes causes qui produisent partout à des degrés divers ce travail de destruction des tissus organisés connu sous le nom de phagédénisme. Que ces causes agissent en Cochinchine ou à Cayenne, à Madagascar, au Sénégal, dans l'Yemen, à la côte de Mozambique ou à la Nouvelle-Calédonie, l'affection est la même, les degrés de gravité seuls varient .» (2)

M. Monestier, dans son étude sur l'ulcère de Mozambique, dit : « Nous ne voyons aucune différence, ni dans les causes, ni dans les symptômes locaux ou généraux entre l'ulcère des noirs dans ces pays et les ulcères des Européens en France ; l'ulcère peut être

(1) M. Laure, méd. principal. *Hist. médicale des expédit. de Chine et de Cochinchine* (loc. cit.).

(2) M. Chapuis, médecin en chef de la marine, travail : *Archives de méd. navale* (loc. cit.).

envahi par la pourriture d'hôpital, comme du reste en France, alors il devient contagieux » (1).

Le professeur Treille, dans un travail important, donne les indications suivantes : « L'ulcère phagédénique n'est pas une maladie de race ; il attaque plus spécialement les noirs, mais frappe aussi les blancs. Il n'est pas contagieux ; sur une réunion de trente et une femme, passagères à bord d'un transport, où régnait chez les noirs une épidémie d'ulcère phagédénique, pas un ulcère n'a été observé ; ce qui semble tenir à de meilleurs soins de propreté et de logement. Dans les hôpitaux de Cochinchine, où l'on a à la fois des blessés graves et des individus atteints d'ulcère phagédénique, on n'a pas observé un cas de contagion. Du reste, la voie expérimentale n'a donné aucun résultat ; M. Jourdeuil a pratiqué inutilement des inoculations de pus ; nous de même. En troisième lieu, l'ulcère n'est pas simplement un accident syphilitique ; il suffit de constater quelquefois le mauvais effet produit par l'emploi du traitement. » « Et maintenant, ajoute en résumant le professeur Treille, si l'ulcère des pays chauds n'est pas contagieux, si toute parenté avec la pourriture d'hôpital ou la syphilis disparaît devant l'observation, s'il n'est pas, enfin, une maladie de race, quel caractère lui reste-t-il qui lui soit comme une marque particulière ? Le phagédénisme ? Mais ce n'est qu'une complication pure et simple ; elle ne possède même pas en tant que signe clinique, la valeur d'être égale en ses manifes-

(1) M. Monestier, *Etude sur l'ulcère de Mozambique* (loc. cit.).

tations. Quoi qu'il en soit et sans plus insister, de l'analyse clinique il résulte pour nous cette conviction que l'ulcère phagédénique ne possède en lui-même aucun des caractères permanents d'une entité spécifique. Nous pensons que ce n'est là que l'ulcère atonique de nos pays d'Europe, d'une léthalité plus grande aux pays chauds, en ce qu'il s'y exerce sur des sujets débilités ou cachectiques, et qu'il s'y complique de phagédénisme » (1).

M. Rochard, inspecteur général du corps de santé de la marine, dans un rapport sur l'ulcère observé en Cochinchine (hôpitaux de Saïgon et de Tourane), fait remarquer qu'il existe un point de contact entre cette affection et la pourriture d'hôpital, au moins en temps que maladie analogue sous nos latitudes. Pourtant il existe des différences notables : une simple écorchure suffit pour être l'origine d'un ulcère ; la pourriture d'hôpital se déclare dans les grands traumatismes. L'ulcère ne se déclare pas dans un hôpital quand il y a agglomération de blessés ; dans le cas de blessures graves par armes à feu, si l'individu atteint avait une bonne constitution avant l'accident, il n'apparaissait pas d'ulcère.

Dans son étude synthétique sur les maladies endémiques, M. Rochard conclut en parlant de l'ulcère des pays chauds : « Sa nature et ses causes sont encore inconnues. Aucune de celles qu'on a invoquées ne peut supporter le contrôle des faits.

(1) M. Treille, médecin professeur de la marine. (*Archives de méd. navale.*)

Peut être un jour parviendra-t-on à le rattacher ainsi que le bouton d'Alep à la classe des maladies parasitaires, à découvrir dans la vase de ces marais au milieu desquels il prend naissance quelque cryptogame encore inconnu, se greffant à la surface de ces érosions superficielles qui en sont les conditions indispensables pour s'y développer avec la désespérante tenacité de ses pareils. Mais on n'a pu jusqu'ici rien apercevoir de semblable et en attendant nous devons le ranger parmi les maladies endémiques dont la cause nous échappe encore. »

Au mois de juin 1885, un de nos collègues, M. le D^r Le Dantec a publié dans les archives de médecine navale, un mémoire sur l'origine microbienne de l'ulcère phagédénique des pays chauds. Ce mémoire fut écrit à la suite d'observations recueillies au Maroni par le D^r Le Dantec. Voici le résumé de cet article, le plus récent de ceux qui ont été publiés sur cette affection :

Une parcelle de putrilage prise dans le fond d'un ulcère fut examinée au microscope et l'observateur ne tarda pas à découvrir, dit-il, une nuée de bacilles. La même expérience fut répétée plusieurs fois par la suite pour des cas semblables, les ulcères étant assez fréquents dans cette colonie, et toujours fut obtenu le même résultat : constatation de la présence des bacilles.

Ces bacilles avaient une longueur variant entre 6 et 45 μ , mais le plus souvent comprise entre 7 et 12 μ . Ils n'existeraient que sur le point ulcéré et ne se répandraient pas dans l'économie, car le sang

pris dans une piqûre de l'index, n'en montrait aucune trace. L'infection serait donc purement locale.

En même temps que les bacilles, M. Le Dantec et M. le docteur Roux, médecin de 1^{re} classe de la marine en service dans la même colonie, ont découvert dans le même ulcère des microcoques longs ou légèrement ovales, isolés ou en masses, très rarement en dyplocoques ou en chapelet, plus volumineux que les microbes de la suppuration. Ils se colorent plus fortement que les bacilles par le violet de méthyle et par la fuchsine et sont encore visibles, alors que les bacilles sont décolorés. On ne peut pas affirmer que ces microcoques soient des spores libres du bacille phagédénique, mais telle est cependant l'hypothèse qui nous paraît la plus vraisemblable (1).

Il est regrettable que nous n'ayons pas pu nous-même, pendant notre séjour au Sénégal, nous livrer à ces examens microscopiques. Si nous avions découvert, comme notre collègue au Maroni, des bacilles sur les ulcères que nous observions, un rapprochement eût été facile à faire, lorsque quelques mois après furent connus les résultats obtenus par MM. Le Dantec et Roux.

Cette découverte, si, comme nous l'espérons, elle est corroborée plus tard par les médecins de la marine qui auront à soigner, tant au Sénégal que dans nos autres colonies, des malades atteints de l'ulcère des pays chauds, entraînera l'étude de cette affec-

(1) Le docteur Le Dantec (*arch. de méd. nav.*, loc. cit.).

tion sur une nouvelle voie, au moins quant à son étiologie, à sa nature et à son traitement.

Pour démontrer la contagion de l'ulcère, il suffira, comme le fait si bien remarquer notre collègue, de faire des expériences sur des animaux auxquels on inoculera le bacille pathogène.

M. Le Dantec cite, d'après M. Bassignot, un cas de contagion individuelle très curieux, observé sur un Annamite, lequel, porteur d'un ulcère au talon, fut atteint, quelques jours après s'être accroupi, d'un ulcère de même nature à la région coccygienne.

L'opinion de M. Bassignot sur l'ulcère annamite serait celle-ci :

« C'est une affection de nature paludéenne à laquelle le terroir imprime un cachet particulier qui le différencie des autres ulcères des pays chauds. Il appartient à une famille nosologique dont les individus sont connus : bouton de Biskra, d'Alep, ulcère de Mozambique, piav ou yaws des nègres des Antilles et de la côte occidentale d'Afrique » (1).

(1) Bassignot : Thèse de Strasbourg.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous diviserons ce chapitre en trois parties ; nous étudierons successivement :

Le traitement général ;

Le traitement local ;

Les cas où l'amputation doit être effectuée, et de quelle façon il faut comprendre cette opération appliquée aux membres atteints d'ulcères.

A. — Traitement général.

Le traitement général est de la plus grande importance pour mener à bonne fin ces vastes ulcères des pays chauds ; cette vérité découle tout naturellement de ce que nous avons dit au chapitre de l'étiologie, où nous avons montré accumulées, chez les Marocains, les causes de mauvaise hygiène.

L'alimentation doit être tonique, bien réglée ; recommandation doit être faite aux malades de ne point

faire d'excès de table, ces excès pouvant amener, chez des sujets prédisposés, l'invasion des accès de fièvre, dont nous avons montré la funeste influence. Nos Marocains ne voulant pas, pour la plupart, se soumettre à l'usage réparateur du vin, nous leur donnions, comme boisson, du café noir, dont ils étaient du reste très friands.

Signalons les préparations ferrugineuses comme nous ayant été du plus grand secours. Lorsque nous avions affaire à des sujets profondément débilités, et chez lesquels nous remarquions des traces de scrofulé, on prescrivait de l'huile de foie de morue ; mais l'emploi de ce reconstituant ne pouvait être prolongé le plus souvent à cause de la diarrhée qui survenait chez le malade ; pour éviter cette complication, nous administrions 2 à 4 grammes de sous-nitrate de bismuth.

Enfin, dans les cas où les malades étaient manifestement syphilitiques, l'iodure de potassium à haute dose permettait au traitement local d'être énergique et de conduire à un résultat favorable.

Par tous les moyens qu'il était en notre pouvoir d'employer, nous cherchions à mettre nos blessés dans de bonnes conditions. C'est ainsi que nous les avons séparés en catégories, mettant à part ceux dont l'ulcère marchait sans encombre vers la cicatrisation ; d'autre part, les plus gravement atteints, ou ceux chez lesquels nous commencions à voir se former ces néo-membranes, qui relèvent de la pourriture d'hôpital, étaient isolés sous des tentes mieux aérées, où les miasmes ne pouvaient pas s'accumuler.

Ce que nous ne pouvions changer, c'était la constitution éminemment palustre du sol sur lequel était installée notre ambulance. On comprend sans peine les nombreux déboires que nous avons dû avoir, par suite des rechutes d'impaludisme que nous n'eûmes que trop souvent.

B. — Traitement local

Le traitement local peut varier à l'infini, suivant les formes de l'ulcère, la marche qu'il suit dans son développement, les complications qui, avec une fréquence désolante, se renouvelaient chez nos malades.

Dans les cas les plus simples, où l'ulcère, d'étendue moyenne, ne présentait aucun caractère particulier de gravité, il suffisait pour combattre l'inflammation des bords de se servir des moyens adoucissants; cataplasmes émollients renouvelés plusieurs fois dans la journée.

Si la cicatrisation semblait marcher lentement, nous avions recours aux médicaments excitants : jus de citron mélangé au camphre, pour former une pâte molle appliquée directement sur la surface ulcérée ; vin aromatique, eau-de-vie camphrée, poudre de charbon et de quinquina. Ce dernier médicament nous a été très précieux dans les cas où l'ulcère creusé en godet n'avait aucune tendance à se cicatriser ; on combinait son emploi avec celui de compresses imbibées d'une solution phéniquée faible ; puis tous les matins, avant de faire le pansement, on touchait le fond avec de la teinture d'iode pure, ou avec une so-

lution de nitrate argentique. Peu à peu, le creux diminuait, tendait à s'effacer, perdait son aspect fongueux ; lorsque les bords arrivaient presque à se continuer sans chute avec la partie centrale, l'ulcère était alors pansé avec des bandelettes de diachylon, suivant les règles du traitement dit à recouvrement.

Ce dernier nous a réussi très souvent, à condition qu'il fût l'objet d'une surveillance toute particulière ; c'est ainsi qu'il fallait enlever la cuirasse tous les jours, en ayant soin de faire marcher à côté du malade l'appareil pulvérisateur de Lucas-Championnière ; la nettoyer dans un bain phéniqué et la réappliquer immédiatement pour que la plaie ne restât pas longtemps exposée à l'absorption des miasmes voisins. Avant de remettre en place les bandelettes, l'ulcère était légèrement touché au crayon, ou à la solution de nitrate d'argent et de cette façon on pouvait constater les progrès croissants des zones cicatricielles.

Une des complications les plus graves, nous l'avons vu dans l'étude des symptômes, est la marche de l'ulcération vers les os ; ces derniers sont envahis peu à peu par la carie, d'où formation de séquestres, qu'il faut bien éviter de laisser au fond de la plaie, même quand l'aspect bourgeonnant des tissus environnants pourrait faire croire à un bon résultat. Cette erreur, que, dans notre inexpérience, nous avons commise deux ou trois fois au début, nous a donné par la suite le plus grand embarras. La plaie continuait à guérir, comme si dans le fond ne se trou-

vait pas des parties absolument désorganisées, dont la présence était incompatible avec le retour parfait à l'état normal, *restitutio ad integrum*. Sous une influence quelconque, qui ne nous est devenue appréciable et palpable que postérieurement, du jour au lendemain la plaie prenait un aspect gangréneux, de la partie centrale s'échappait un liquide sanieux et putride, et peu de temps après on donnait issue à un ou plusieurs séquestres, dont le travail éliminateur avait produit tous ces accidents. Donc en pareil cas, pansements excitants, poudre de charbon et de quinquina ; si les séquestres apparents deviennent mobiles dans le fond, les détacher un peu tous les jours avec une spatule, sans efforts violents, de peur d'amener une hémorrhagie par déchirure des vaisseaux devenus friables.

Si la pourriture d'hôpital se montre sur l'ulcère, le traitement local doit naturellement devenir plus énergique. Les désinfectants et les caustiques les plus variés ont été, dans ce cas, mis en usage par les différents chirurgiens. On a recommandé successivement : l'acide acétique, le sulfate de cuivre, l'acide hydrochlorique fumant, l'acide chlorhydrique, le nitrate acide de mercure, la pommade à l'oxyde rouge, le perchlorure de fer, le bichlorure de mercure, le permanganate de potasse, l'acide phénique.

Quelques mots sur la greffe épidermique, étudiée tout au long dans le travail de M. le professeur Treille. La greffe n'offre de chance de succès que lorsque les bourgeons sont fermes et rapprochés les uns des autres. On doit employer ce mode de traitement

lorsqu'une plaie qui n'est atteinte d'aucune complication s'arrête dans sa cicatrisation et prend ce que l'on appelle la forme atonique. La greffe étant détachée, par la lancette, de la peau de l'avant-bras, on la porte aussitôt sur le sommet de la granulation choisie parmi les plus roses et les plus fermes ; si l'étendue de l'ulcère le demande, on fait plusieurs greffes ; puis le pansement s'achève avec des bandelettes de diachylon et un manchon de ouate. Le tout doit être laissé en place pendant deux jours.

Le fer rouge ne nous a pas fourni les bons résultats qu'il paraît avoir donnés à d'autres observateurs. Nous appliquions pourtant cette méthode dans toute sa rigueur, et plusieurs fois, devant le peu d'amélioration que le cautère actuel produisait, nous avons dû renoncer à nous en servir pour employer le traitement qu'il nous reste à décrire.

Voici dans quelles conditions nous avons eu à nous en louer, et quel en était le *modus faciendi* : en se reportant à l'article *symptomatologie*, on voit combien étaient désespérantes, pour nous, les apparitions répétées de la gangrène et de la pourriture d'hôpital sur les ulcères que nous avions à soigner ; nous avons décrit la formation, sur des plaies jusque-là bourgeonnantes et de bon aspect, de ces membranes grisâtres, vastes escharres des différents tissus. Partant de ce principe, qu'il fallait à tout prix arrêter le développement du mal, vers les parties profondes, et, pour cela, commencer par favoriser l'élimination des membranes, la pensée nous vint, inspiré que nous étions du reste par la pratique de notre collègue, le

D^r Abblart, d'avoir recours à l'un des caustiques reconnus comme un des plus puissants, l'acide phénique pur. Pour être bien sûr d'en limiter parfaitement l'action et de ne pas toucher aux parties bonnes, nous trempions légèrement un pinceau dans l'acide phénique pur ; puis ce pinceau était promené vivement sur les escharres, séparées du reste de l'ulcère par des compresses ou de la charpie. La cautérisation laissait une traînée blanche, partout où le pinceau avait passé.

Ce n'est pas tout : ce traitement était complété par une application, sur les points cautérisés, d'une solution de chlorure de chaux. On prenait du chlorure de chaux sec, on le triturerait dans un mortier, puis on le délayait avec de l'eau en quantité suffisante pour former une pâte molle ; cette pâte molle était étendue sur l'ulcère au moyen d'une boulette de charpie. Les points non cautérisés étaient pansés d'après les procédés indiqués plus haut, et le tout, enveloppé par une épaisse couche d'ouate, ou à défaut, d'étoupe, restait en place jusqu'au lendemain.

Lorsque le malade pouvait supporter cette application de chlorure de chaux, on renouvelait le pansement pendant sept à huit jours de suite, en ayant soin, tous les matins, de nettoyer la plaie, c'est-à-dire d'en enlever avec une pince les détritux membraneux.

Grâce à ce traitement, nous avons vu, dans des cas désespérés, la gangrène et la désorganisation s'arrêter pour faire place à une plaie bientôt bourgeonnante et ne demandant qu'à se cicatriser, pourvu

toutefois qu'il ne se produisît pas de nouvel accident. Naturellement, dès que nous avons réussi à éliminer la couche grisâtre des membranes, nous revenions aux pansements ordinaires décrits plus haut.

On peut voir, par le récit de nos deux dernières observations surtout, quels beaux résultats nous avons obtenus par la combinaison des deux caustiques : l'acide phénique pur et le chlorure de chaux.

C. — Cas nécessitant l'amputation.

Nous serons bref sur ce dernier point. Les Marocains que nous avions dans notre ambulance, tout en étant très durs à la douleur, refusaient à peu près tous l'amputation qu'on leur proposait, lorsqu'on la jugeait nécessaire ; les moyens de persuasion n'aboutissaient à rien avec eux. Nous essayions de les effrayer en leur faisant dire par les interprètes que, s'ils ne se laissaient pas opérer, une mort rapide s'ensuivrait, mais ils persistaient dans leur refus.

Sur un total considérable d'ulcères graves, il n'a donc été fait qu'un très petit nombre de grandes opérations, et il n'était pas possible, dans ces conditions, de faire une statistique ayant de l'intérêt.

En présence d'un ulcère offrant une étendue de plusieurs centimètres d'os nécrosé, il semble tout rationnel, en effet, de penser à l'amputation. Mais dans ce cas, à notre avis, ne faut-il pas attendre, et, si le malade consent, mieux vaut pratiquer l'opération tout de suite, pour que le mal ne remonte pas plus haut, jusqu'à l'articulation voisine et qu'il n'y ait pas

production d'arthrite suppurée et d'infection putride.

Un second point à ne pas oublier, c'est que si l'on se résout à l'opération, il est préférable d'empiéter un peu sur les parties saines que de laisser la moindre parcelle de tissu gangrené. Et, remarquons-le bien, il n'est pas toujours facile de faire cette délimitation. le pus fusant de tous les côtés en suivant les gaines de la région.

Et maintenant, bien qu'on ne puisse pas faire de comparaison entre les résultats obtenus en ne pas opérant, et ceux qu'ont donné les opérations, il nous semble que l'expectation et l'emploi successif des différents pansements nous ont si bien réussi dans des cas où il n'était presque plus permis de conserver de l'espoir, que notre conviction intime est qu'il vaut mieux ne pas opérer. C'était également l'avis d'un de nos pauvres camarades, le docteur Raynaud, médecin de 1^{re} classe de la marine, mort tout récemment à son retour du Sénégal.

CONCLUSIONS

Et maintenant nous est-il permis de tirer quelques conclusions de notre modeste travail ? Il nous paraît ressortir de ce que nous venons d'exposer, que :

1° Les ulcères phagédéniques de nos Marocains acquièrent fréquemment une gravité considérable, par suite des mauvaises conditions de toutes sortes dans lesquelles sont choisis ces ouvriers. Le point de départ, dans tous les cas, est toujours un traumatisme.

2° Lorsqu'un point est ulcéré, il ne tarde pas à se montrer des lésions des tissus voisins. Si l'on réunit plusieurs malades atteints d'ulcères, le mauvais état de quelques-uns se communique aux autres : est-ce par contagion directe, due à la présence de microbes phagédéniques, ou tout simplement faut-il l'attribuer à la propagation de la pourriture d'hôpital, telle qu'on peut la remarquer dans les pays chauds comme ail-

leurs? — De nouvelles recherches microscopiques ont besoin d'être faites pour nous éclairer complètement.

3° Le traitement général est d'une extrême importance et doit être aussi fortifiant que possible.

Le traitement local varie suivant les formes qu'affecte l'ulcère et les limites qu'il prend dans son extension. Le pansement qui nous a donné le plus de succès dans les cas les plus graves est l'association de l'acide phénique pur et du chlorure de chaux.

Ne recourir à l'amputation que lorsqu'elle est absolument indiquée. Si l'on se résout à opérer, le faire sans tarder et ne pas craindre de dépasser les limites du mal.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE OBSERVATION

Le nommé Liesid Ben Assen, 18 ans, présente à la face antérieure de la jambe gauche un ulcère qui s'étend d'un point situé à 3 cent. au-dessous du genou jusqu'à 16 cent. au-dessous de la même articulation; en largeur, la moitié antérieure de la circonférence du membre est envahie; la face interne du tibia est mise à nu sur une hauteur de 11 cent. et une largeur de 5 cent.; tout autour de l'os, la plaie est bourgeonnante et rosée.

C'est dans cet état que le malade, arrivé du Haut-Fleuve le 24 août 1884, est admis à l'ambulance de Bop'n'quior. Sous l'impression des fatigues du voyage, il a de la fièvre, de l'inappétence et de l'insomnie.

Peu à peu, l'état général devient assez bon; on songe à l'amputation qui est repoussée par le Marocain.

Traitement. — Exciter un peu tous les jours les bords avoisinant la partie dénudée de l'os : teinture d'iode, nitrate d'argent (solution forte).

Peu à peu les bourgeons se rapprochent, se resserrent et recouvrent l'os. Point de formation de séquestre.

De temps en temps, sur quelques points, poussée de gangrène qui arrête la cicatrisation; répression énergique et

soutenue en ces points par l'acide phénique pur et quelques pansements au chlorure de chaux. On isole le malade, autant que le peu d'emplacement le permet; traitement interne fortifiant, régime substantiel.

L'état général se maintient bon; l'état local finit par s'améliorer de plus en plus.

Au moment où le blessé quitte l'ambulance pour retourner au Maroc, à la fin de février 1885, l'ulcère, dont l'aspect est rosé, n'a plus que 5 cent. de hauteur, 1 cent. dans le sens transversal. L'os est dénudé sur 4 cent. de haut et sur 1/2 cent. de large; deux petits trajets fistuleux, donnant un peu de suintement, existent à la partie supérieure de la plaie. Zone cicatricielle très apparente dans tous les sens. Plus de fièvre, le malade dort et mange bien.

DEUXIÈME OBSERVATION

Ali Mahomed, 45 ans, ancien esclave au Maroc, apparence d'un vieillard de 70 ans, constitution qui a dû être robuste, mais qui aujourd'hui est complètement détériorée par les travaux et les fatigues subis.

Il présente un ulcère qui couvre la face antérieure de la jambe gauche. Une portion de la face interne du tibia est mise à nu, mais semble avoir conservé une couche de périoste dont la vitalité ne paraît pas être éteinte.

Les dimensions sont considérables; on peut même dire qu'elles sont effrayantes; la hauteur n'était pas de moins de 25 centimètres sur une largeur de plus de 15 centimètres.

Les faisceaux musculaires sont désorganisés; quelques-uns pendent par lambeaux et donnent un aspect hideux au membre. L'écoulement ichoreux est tellement abondant qu'à peine a-t-on renouvelé le pansement, les linges sont traversés. Les bords sont blafards et sont décollés sur le côté externe; dans la gouttière interosseuse on remarque une membrane grisâtre qui se détache assez facilement. L'insensibilité est

presque complète autour de la plaie ; le malade ne paraît souffrir un peu que lorsqu'on applique des caustiques sur la plaie, après nettoyage préalable.

Ce malade paraît doué d'une grande énergie ; son état général n'est pas très mauvais. Il n'a presque pas de fièvre, malgré l'étendue et le mauvais aspect de son ulcère.

Il est débarqué le 10 juillet 1884, à l'ambulance de Bop'n'quior.

Evidemment dans le cas actuel, on ne pouvait songer qu'à une amputation de cuisse, la lésion remontant à peu près jusqu'au genou. L'opération décidée, il fallait même l'exécuter le plus promptement possible, sans attendre que les désordres de l'état local ne vinssent influencer sur l'état général.

Mais le Marocain refuse de se laisser opérer, et suivant les ordres donnés, nous l'isolons sous une tente, et, sans plus tarder, nous avons recours au traitement le plus énergique.

Toucher tous les matins avec l'acide phénique pur, après avoir fait un vaste raclage des points gangrénés.

Pansement quotidien au chlorure de chaux qu'on étend sur l'ulcère avec une spatule, de façon à couvrir toute la surface ; compresses phéniquées, manchon d'ouate.

Nous continuons ce traitement jusqu'à ce qu'on ait produit des modifications profondes, et qu'on ne voie plus se former ces escharres observées à l'arrivée.

Traitement interne aussi fortifiant que possible ; régime alimentaire spécial.

Au bout de dix jours, une excitation très vive et favorable se produit ; bourgeonnement considérable qui recouvre la partie de l'os. Les bords, dont on a incisé les décollements, ne se cicatrisent pas vite. On les touche à la teinture d'iode ; pour que le mouvement de cicatrisation ne se ralentisse pas, et sans craindre un excès dans l'excitation, pansements avec le vin aromatique pur. Peu à peu, le malade, conservant son appétit et surtout n'ayant pas d'accès de fièvre, la cicatriza-

tion commence à gagner les bords; les différentes zones se dessinent.

Tout marche bien jusqu'à la fin septembre, époque à laquelle, les eaux commençant à baisser et mettant à découvert les bords maremmatiques de l'île, nous constatons des accès de fièvre chez la plupart de nos Marocains. C'est sous l'influence de plusieurs accès que, chez le malade de notre deuxième observation, nous revoyons se former une couche pulpeuse qui tend à envahir toute la plaie.

On reprend le pansement à l'acide phénique pur et au chlorure de chaux, en même temps que les accès sont combattus par la quinine; le mieux ne s'obtient qu'après trois semaines. On revient à des pansements moins énergiques.

Nous avons la chance de voir nos efforts récompensés par un résultat inespéré.

Le 5 novembre, les dimensions sont restreintes; l'os est recouvert par les bourgeons; aucun trajet fistuleux qui puisse faire croire à une nécrose du tibia.

Pansement à recouvrement : bandelettes imbriquées de diachylon, qu'on renouvelle d'abord tous les jours, puis tous les deux et trois jours seulement.

A la fin de février 1885, l'ulcère est superficiel, long de 7 centimètres et large de deux centimètres. Les quatre zones du tissu cicatriciel sont parfaitement visibles et se resserrent vers le centre.

Le malade est rapatrié.

TROISIÈME OBSERVATION

Amet Ben Ismaïl, 35 ans, a servi d'interprète pendant une année dans le Haut-Fleuve. Arrive le 18 juillet 1884 à l'ambulance.

Il présente deux ulcères sur la jambe gauche : l'un s'étend sur la malléole interne, il est creux, à forme atonique; six centimètres de longueur et huit en largeur; l'autre siège à la

face externe et descend vers l'articulation du cou-de-pied ; dix centimètres de long sur dix de large. La seconde plaie est envahie par la gangrène ; le bord antérieur du tibia est mis à nu sur une partie assez restreinte ; les tendons des muscles antérieurs et externes sont disséqués.

Constitution qui n'a jamais été bien forte ; état général très faible ; le malade est profondément impaludé, et c'est un de ceux chez lesquels nous avons eu le plus d'alternatives, occasionnées par l'apparition d'accès de fièvre. Il est doué d'une grande énergie ; plus intelligent que la plupart des autres, il ne cherche pas à nous cacher des accès ou à ne pas prendre la quinine qu'on lui donne.

Pansement du premier ulcère avec du camphre délayé dans du jus de citron. Changer assez souvent le mode de pansement ; la forme atonique est celle qui réclame surtout ce changement ; varier avec le vin aromatique, le styrax, etc. Tous les deux jours, on touche légèrement la plaie, soit avec de la teinture d'iode, soit avec le fer rouge, soit avec une solution de sel argentique.

Cet ulcère, bien que s'étant modifié plusieurs fois sous l'influence d'accès de fièvre, a plus de tendance à guérir que le suivant, qui présente une lésion osseuse concomitante. Quand l'atonie a été victorieusement combattue, on le panse avec le diachylon, et il arrive à la guérison complète en janvier 1885.

Le second ulcère est pansé dès l'arrivée du malade, comme dans les précédentes observations. Touché à l'acide phénique pur, chlorure de chaux en application permanente, pendant trois jours. Le malade souffre tellement par suite de ce pansement, qu'on est obligé de le cesser ; pendant quelques jours on enlève tous les matins les morceaux qui pendent gangrenés ; on cautérise au fer rouge et l'on panse à la poudre de charbon et de quinquina, avec compresses phéniquées.

Traitement interne aussi tonique que possible ; liqueur de Fowler, potion à l'extrait de quinquina ; sulfate de quinine à la moindre menace d'accès. Régime fortifiant.

Au bout de deux semaines, on semble avoir eu raison de la gangrène, des bourgeons charnus de bonne nature apparaissent et tendent à recouvrir la partie dénudée de l'os.

Mais la cicatrisation avance peu rapidement, et quinze jours après, première rechute, dont nous avons du mal à triompher.

Seconde et troisième rechutes en octobre et en novembre ; plusieurs esquilles osseuses sont enlevées de la partie nécrosée.

A partir du mois de décembre, l'état local s'améliore, et en février, quand le malade nous quitte, la cicatrisation est à peu près complète, mais il reste une fistule qui communique avec le tibia nécrosé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Président de la Thèse,
PONCET

Vu : *Le Doyen,*
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
EM. CHARLES.

